ACADÉMIE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 27

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'ULCÈRE VARIQUEUX CHRONIQUE

MÉTHODE ULTRA-COMBINANTE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 7 Mars 1914

PAR

Henri AROCHAS

LICENCIÉ ÈS SCIENCES

Né à Smyrne (Turquie d'Asie), le 3 février 1883

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la thèse

FORGUE, Professeur, *Président.*
DUCAMP, Professeur.
MASSABUAU, Agrégé. } *Assesseurs*
ETIENNE, Agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE

L'ULCÈRE VARIQUEUX CHRONIQUE

METHODE ULTRA-COMBINANTE

ACADÉMIE DE MONTPELLIER N° 27

FACULTE DE MEDECINE

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'ULCÈRE VARIQUEUX CHRONIQUE

MÉTHODE ULTRA-COMBINANTE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 7 Mars 1914

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Henri AROCHAS

LICENCIÉ ÈS SCIENCES

Né à Smyrne (Turquie d'Asie), le 3 février 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la thèse

FORGUE, Professeur, *Président.*
DUCAMP, Professeur.
MASSABUAU, Agrégé. } *Assesseurs.*
ETIENNE, Agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)..... Doyen.
SARDA..... Assesseur.
IZARD..... Secrétaire

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales.....	MM. GRASSET (O ✲).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT (✲).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✲).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O ✲).
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (✲).
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale.....	RAUZIER (✲).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. De ROUVILLE, PUECH, MOURET.
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), HAMELIN (✲),
Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	MM. VEDEL, agrégé libre.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique gynécologique.....	De ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements.....	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires...	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, agrégé libre.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ETIENNE.
GRYNFELTT.	DERRIEN.	RIMBAUD.
LAGRIFFOUL.	P. DELMAS.	ROGER.
LEENHARDT.	MASSABUAU.	LISBONNE.
GAUSSEL.	EUZIERE.	MARQUÈS, ch. des F.
RICHE.	J. DELMAS.	

Examinateurs de la thèse

MM. FORGUE, professeur, *président.* | MM. MASSABUAU, *agrégé.*
DUCAMP, professeur. | ETIENNE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

Témoignage de profonde reconnaissance.

H. AROCHAS.

A Monsieur Raoul BRION

AVOCAT, CONSEILLER GÉNÉRAL

A mon Ami le Docteur MASINI

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A MES AMIS

H. AROCHAS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

qui nous a fait le grand honneur
de présider notre thèse.

H. ARCHAS.

A Monsieur le Professeur DUCAMP

A Messieurs les Professeurs Agrégés MASSABUAU et ÉTIENNE

H. AROCHAS.

AVANT-PROPOS

Ce jour devrait être pour nous plein de bonheur, puisque l'étudiant d'hier devient docteur aujourd'hui; les soucis passsés, les heures tristes s'envolent, l'avenir apparaît sous un horizon plus rose. Mais c'est pour nous aussi un jour de bien pieux recueillement; une pensée émue va d'abord à notre chère mère vénérée qui ne pourra, hélas, se réjouir aujourd'hui de notre bonheur.

Nous devons notre situation actuelle aux sacrifices volontairement consentis de notre père, de nos frères et sœurs; je les remercie de l'aide matérielle et morale qu'ils n'ont cessé de nous manifester, relevant notre courage défaillant dans les moments les plus difficiles.

Notre ami, le docteur Masini, ancien chef de clinique chirurgicale, nous a donné l'idée de ce travail et a eu l'obligeance de mettre à notre disposition tous les documents nécessaires ainsi que de nombreuses observations fort intéressantes; nous l'en remercions bien sincèrement.

Nous nous en voudrions, si avant de terminer, nous n'adressions une pensée reconnaissante à Maître Raoul Brion,

conseiller général, de la sympathie qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant toute la durée de nos études.

Nous sommes plein de gratitude pour nos maîtres des hôpitaux de Marseille et de la Faculté de Montpellier ; nous nous souviendrons que c'est à eux que nous devons notre éducation médicale.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE

L'ULCÈRE VARIQUEUX

CHRONIQUE

MÉTHODE ULTRA-COMBINANTE

INTRODUCTION

De toutes les affections de la jambe qui, aujourd'hui, grâce aux méthodes antiseptiques sont curables par intervention chirurgicale, une des plus fréquentes et des plus graves, la plus grave peut-être, l'*ulcère variqueux,* est celle qui le plus tardivement, a bénéficié de l'intervention chirurgicale. La longue hésitation des opérateurs en face de l'ulcère variqueux est sans doute la conséquence des résultats peu encourageants qui suivirent les premières tentatives dirigées contre cette infection.

Le jour où l'indécision du chirurgien sur l'étiologie et la pathogénie, sur le siège exact de la lésion disparut, de nouvelles et fréquentes tentatives furent faites en France et

à l'étranger et d'assez nombreux succès opératoires ont été publiés. Enfin, dans ces dernières années, de nombreux travaux ont paru sur ce sujet, des observations d'ulcère, guéri par l'intervention chirurgicale, ont été publiées un peu partout. La question n'est donc plus nouvelle et l'opportunité du traitement chirurgical n'est plus que rarement discutée; car on ne saurait nier que l'opération peut sauver des malades jadis fatalement condamnés, malgré le traitement médical le mieux dirigé.

Si l'opération est admise par tous en principe, bien des points sont encore discutés et il ne nous appartient pas de les trancher. Nous nous bornerons dans ce modeste travail à passer en revue les méthodes de traitement employées, à indiquer les divers procédés opératoires ainsi que les résultats obtenus en insistant plus particulièrement sur la méthode qui nous paraît la meilleure.

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Il est généralement admis aujourd'hui que l'ulcère variqueux est consécutif aux varices; tout ulcère repose sur une veine variqueuse qui adhère à la peau; la veine la plus souvent atteinte est la saphène interne (veine nourricière des varices comme l'appelle Verneuil), aussi l'ulcère siège-t-il presque exclusivement à la face interne de la jambe. Les troubles de stase veineuse doivent se faire sentir en cet endroit plus que dans les autres parties du membre, à cause de la distribution des veines communicantes entre les diverses colonnes veineuses, à cause de la fonction différente de leurs valvules et des canaux de sûreté, leur nombre reste indéterminé, mais leur disposition contre la stase veineuse est bien connue (Verneuil, Le Dentu, Jarjavay).

A l'état normal, la tension des parois veineuses du tiers inférieur de la jambe atteint son maximum dans la peau de cette région; à l'état pathologique, à cette pression normale s'ajoutent le reflux des veines superficielles, celui des veines intra-musculaires et celui des veines profondes, par l'intermédiaire des veines communicantes qui sont nom-

breuses et dont les principales sont: quatre dans l'épaisseur du jambier antérieur; quatre dans son pourtour; six entre les péroniers et le jambier antérieur; huit dans l'épaisseur des jumeaux; une en dedans du tendon d'Achille; sept derrière la malléole interne; la cyanose veineuse de la peau du membre devient alors intense et favorise l'apparition et la chronicité de l'ulcère variqueux.

Le point d'élection des ulcères variqueux s'explique ainsi par l'anatomie du système veineux du membre inférieur: du fait de la pesanteur et des efforts, les valvules de la saphène interne se laissent forcer et, comme il n'y a plus aucune valvule solide, interposée entre la veine fémorale et le cœur, le sang constitue une colonne sanguine ininterrompue, étendue de l'oreillette droite aux malléoles, qui pèse de tout son poids sur les veines de la jambe. Les moindres modifications de pression qui se produisent dans la cage thoracique ou dans la cavité abdominale retentissent immédiatement et directement sur les veines du membre inférieur. La veine se laisse distendre, adhère à la peau, l'ulcère de la profondeur à la surface, et sous l'influence du moindre traumatisme la peau cède et l'ulcère est créé.

Théorie artérielle. — Schreider a attiré l'attention sur l'athérome des artères chez les variqueux. Pour Rienzi, Quénu, Gilson, cette dégénérescence athéromateuse influe sur l'apparition de l'ulcère. Il est incontestable que l'athérome artériel est fréquent chez les variqueux (Auzilhon, Picard, Pallenc, Quenu, Jeanselme), mais son rôle paraît secondaire en ce qui concerne la formation de l'ulcère.

Théorie lymphatique. — Admise par Jean, L. Petit et Philippe Boyer, la dilatation veineuse, comprime les vais-

seaux lymphatiques voisins; il en résulte l'engorgement du tissu et leur facile ulcération.

Théorie humorale. — Les partisans de cette théorie font jouer le rôle principal aux altérations humorales; il ne s'agit pas, en effet, d'invoquer l'arthritisme, l'herpétisme, pour satisfaire l'esprit, encore faut-il démontrer le rôle joué par les altérations humorales dans la formation des ulcères.

Théorie nerveuse. — La théorie neuropathique semble bien jouer un certain rôle dans la pathogénie des ulcères variqueux.

Dès 1812, Leveillé signale le refroidissement des jambes atteintes d'ulcérations variqueuses. Faure, Terrier, Nélaton ont observé la diminution de la sensibilité du membre atteint d'ulcère variqueux, quelquefois même l'anesthésie complète. Cornil et Ranvier, Reclus et Gombault ont constaté qu'au voisinage des varices, les nerfs présentent un névrilème épaissi et induré; les nerfs tibiaux antérieurs, saphène interne, musculo-cutané présentaient de la névrite interstitielle, surtout accentuée sur les filets nerveux partant de l'ulcère. Pour Quénu, la névrite précéderait l'ulcère et en serait la cause. Hallopeau a signalé sur la cicatrice de certains ulcères variqueux, la production spontanée et répétée d'éruption bulleuse comme dans les névrites.

Quoi qu'il en soit, deux éléments dominent toute la pathogénie de l'ulcère variqueux:

1° Ce sont les lésions veineuses et surtout l'insuffisance valvulaire de la saphène interne;

2° Des lésions nerveuses avec ou sans névrites périphériques.

CHAPITRE II

REVUE HISTORIQUE ET CRITIQUE DES METHODES CHIRURGICALES

Le traitement chirurgical des ulcères variqueux comprend deux points principaux :

1° Les notions d'anatomie et de physiologie des veines des membres inférieurs, disposition des valvules, circulation dans ces veines qui sont intéressantes au point de vue pathogénique ;

2° Le côté opératoire, côté pratique, qui doit surtout attirer notre attention, consistant dans le choix du meilleur mode opératoire.

Nous ne prétendons pas faire ici une étude détaillée de tous les procédés chirurgicaux qui visent à la guérison de l'ulcère variqueux. Notre but est bien plus modeste ; il consiste à indiquer simplement en quoi ils consistent, quels auteurs les ont préconisés.

De cette brève étude, il nous restera une appréciation qui nous permettra de mieux juger par comparaison le procédé que nous préconisons dans le chapitre suivant.

REVUE HISTORIQUE

Lorsque l'emploi des antiseptiques eut écarté les dangers, l'infection qui rendait jusqu'alors si redoutables les

opérations pratiquées sur le système veineux (thrombose, phlébite, embolies mortelles) ; leur nombre se multiplia rapidement.

En 1853, Gay pratiqua des incisions libératrices tout autour de l'ulcère. Une ou deux incisions à 3 centimètres environ des bords de l'ulcère suivant l'axe de la jambe et comprenant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Pour Gay, le principal obstacle à la cicatrisation des ulcères consiste dans la rétraction de la peau et son immobilisation par l'infiltration plastique, les incisions latérales agiraient comme dans la staphylorraphie, en permettant aux deux bords de l'ulcère de se mobiliser et de se réunir pour former une cicatrice.

En 1860, Dolbeau pratique une *incision circonvallatrice circonférentielle* à 2 centimètres environ des bords de l'ulcère. Pour lui l'ulcère est entretenu par le défaut de la circulation veineuse de retour ; c'est ce qui occasionne des troubles de nutrition et de l'atonie de la plaie. En créant une tranchée entre l'ulcère et les veines variqueuses, on obtient une circulation intermédiaire supplémentaire plus jeune, plus active, plus profonde. La plaie variqueuse cicatriserait alors comme une plaie ordinaire.

En 1865, Vidal, reprenant une vieille méthode, préconisée jadis par Galien et Ambroise Paré, traitait les ulcères variqueux par des *scarifications profondes,* en étoile, sur les bords de l'ulcère et perpendiculairement, c'est-à-dire que le trait de la scarification comprenait à la fois l'ulcère et les tissus sains environnants.

En 1870, Ollier et Thiersh employèrent leur méthode des *greffes dermo-épidermiques* comme traitement des ulcères variqueux, et quelques années plus tard, Berger pratiqua l'autoplastie selon la méthode italienne, c'est-à-dire de la greffe cutanée totale à pédicule adhérent. Reverdin a es-

sayé ses *greffes épidermiques;* on gratte le plus profondément possible la surface de l'ulcère avant d'y appliquer la greffe.

En 1898, Wallis a essayé d'extirper entièrement les ulcères variqueux. Il pratiquait sur les bords de l'ulcère deux incisions se réunissant à leurs deux extrémités et le circonscrivant entièrement; les incisions pénétraient jusqu'au périoste; il détachait ensuite tout l'ulcère et suturait les deux bords de la plaie.

Faut-il parler des mille autres traitements locaux de l'ulcère variqueux?

Je citerai, à titre de curiosité, que Verneuil est pour les pulvérisations phéniquées d'abord, et les bandelettes de diachylon ensuite. Duplay fait de même au début, puis conseille des pansements à la liqueur de Labarraque et ensuite la cuirasse de diachylon et les greffes. Le Fort est pour l'eau-de-vie camphrée, puis le styrax et la radiation calorique avec les bandelettes. Le Dentu préfère les pansements à la solution de chlorure de chaux au 1/50e, puis les pansements secs au sesquioxyde de fer. Desprès utilise les bandelettes de diachylon pour les petits ulcères et le cataplasme pour les grands ulcères récidivants. P. Berger conseille d'abord les pansements au sublimé au millième, puis le styrax et les greffes ensuite. Quénu préfère les pansements au sulfate de cuivre au 1/100e ou 1/200e alternant avec des compresses boriquées. Reclus emploie des lavages à la liqueur de Van Swieten très chaude (50°) et la compression modérée par bande élastique.

Toutes ces méthodes ne donnent que des résultats médiocres, elles s'attaquent simplement à l'ulcère, c'est tout à fait insuffisant, puisque tout l'arbre veineux est malade.

Procédé de Moreschi. — Cette méthode rappelle de loin, il est vrai, l'incision circonférentielle de l'ulcère. D'après

Grosmaire, elle aurait été faite pour la première fois par Pétersen; mais c'est Moreschi qui l'a méthodisée.

En 1894, Moreschi, chirurgien de Milan, présente une statistique de 52 cas, dont 50 guérisons obtenues par sa méthode de la *double incision circonférentielle superficielle* de la jambe, au-dessus et au-dessous de l'ulcère. Voici en quoi consiste ce procédé:

1° Une incision à 4 centimètres au-dessus de l'ulcère; il s'arrête à l'aponévrose superficielle; on met l'aponévrose jambière à nu, sur une étendue de 2 centimètres, et cela sur toute l'étendue de l'incision circonférentielle de manière à détruire toutes les veines communicantes. Ainsi, grâce à cette première incision circonférentielle et au râclage sur l'aponévrose, on coupe toutes les veines superficielles (saphènes internes et externes), les veines communicantes de la jambe et les nerfs superficiels, la colonne sanguine se trouve de ce fait divisée en deux segments nettement séparés l'un de l'autre. On peut réunir par quelques points de suture cette incision circonférentielle, ou bien on peut la laisser béante et alors elle cicatrise en surface;

2° On pratique une seconde incision circonférentielle jusqu'à l'aponévrose superficielle au niveau de la base des malléoles et au-dessous de l'ulcère, on isole ainsi l'ulcère des veines du pied; et, par une brèche faite à travers l'aponévrose, Moreschi conseille d'explorer les veines tibiales et péronières profondes et, si elles sont variqueuses, de les lier. Cette seconde incision peut être suturée ou bien on peut, comme la précédente, la laisser cicatriser par deuxième intention. Cette méthode a pour but:

1° D'interrompre et de diviser la colonne sanguine qui, par son poids, distend la paroi des veines;

2° D'empêcher que le sang veineux ne revienne par la même voie;

3° D'obtenir la diminution du calibre du vaisseau, et peut-être, son oblitération.

Moreschi endort tous ses malades au chloroforme, et place un tube d'Esmarch au-dessus du genou pour éviter une trop grande perte de sang.

Giordano et Mariani font une seule *incision sus-ulcéreuse* en plein mollet assez près de l'ulcère. Reclus fait *l'incision sus-ulcéreuse* au niveau de la jarretière ; ces trois auteurs ont renoncé à l'incision malléolaire car d'abord elle n'est pas toujours possible, l'ulcère pouvant y siéger, et de plus ils ont constaté qu'elle détermine de l'œdème persistant par défaut d'accomodation dans la circulation veineuse ; ainsi que des adhérences tendineuses qui empêchent l'extension du pied.

Wenzel pratique une *incision circulaire* à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs de la cuisse. Schwartz est peu satisfait de cette incision fémorale.

D'une manière générale, cette incision de Moreschi guérit à peu près la moitié des ulcères variqueux, l'autre moitié récidive assez rapidement, dans ce dernier cas on a à faire à des varices profondes ; or, la résection des veines tibiales et péronières au niveau des malléoles n'est pas suffisante, il faut interrompre plus haut la colonne sanguine veineuse, pour cela il faut recourir aux procédés de la ligature de la saphène interne.

En 1885, Trendelenburg préconisa la *ligature de la saphène interne* comme mode de traitement des ulcères variqueux ; il subit d'ailleurs lui-même cette opération avec un résultat parfait. Pour lui, le traitement local de l'ulcère ne peut donner aucun résultat, j'entends les ulcères anciens, chroniques ; ils seront toujours entretenus par la stase veineuse qui, à la longue, déterminera des troubles nerveux, des névrites des nerfs tibiaux et péroniers superficiels, et

subséquemment de l'atonie de la plaie. Seule la ligature de la saphène, en supprimant cette stase, pourra guérir l'ulcère. L'opération de Trendelenburg a subi par la suite de nombreuses variations : Trendelenburg liait la saphène au niveau du tiers inférieur de la cuisse, Schwartz pratique trois ou quatre ligatures tout le long de la saphène (une à la crosse, une au tiers moyen, une au tiers inférieur) ; Madulung et Algave poussent l'opération plus loin et font la résection totale des saphènes internes et externes et de tous les paquets variqueux ; on guérit ainsi non seulement l'ulcère mais aussi les varices et on empêche les récidives.

En 1895, Chipaul effectua l'élongation des nerfs superficiels. Pensant avec Quénu que l'ulcère variqueux est dû plutôt à des névrites périphériques qu'à la simple stase veineuse, il fit l'élongation du nerf sur le territoire duquel siégeait l'ulcère (élongation du nerf saphène interne pour les ulcères siégeant à la face interne de la jambe, les plus habituels ; nerfs sciatique, poplité, externe, musculo-cutané, cutané péronier et saphène externe, sur la face postérieure de la jambe).

Dans le premier temps, il faisait l'élongation, dans le deuxième temps, il extirpait l'ulcère et suturait les deux bords de la plaie. Comme variantes, Delagenière propose le hersage du nerf sciatique, et Paul Delbet et Gérard-Marchant sa dissociation. Cette opération a, paraît-il, donné de bons résultats à ses auteurs, mais elle n'a pas fait d'adeptes. Enfin dans certains cas de varices énormes avec gros ulcères, on a proposé la ligature de la veine poplitée (Parova), la ligature de la veine fémorale (Chevrier), la ligature de l'artère fémorale superficielle (Mauclaire). Enfin l'amputation de la jambe et même la désarticulation du genou pour certains ulcères éléphantiasiques occupant toute la jambe.

ETUDE CRITIQUE

Il est incontestable que tout chirurgien en face d'un malade atteint d'ulcère variqueux doit viser à: amener la cicatrisation de la lésion dans le minimum de temps possible, et c'est là le point le plus important, et malheureusement le plus difficile; mettre le malade à l'abri des récidives.

La méthode des scarifications de Vidal est absolument bénigne et inoffensive. Les lymphangites légères qu'elle a pu occasionner ne sont pas une raison suffisante pour la faire abandonner; mais, malheureusement, elle ne semble pas hâter la cicatrisation de l'ulcère.

Le procédé Ollier et Thiersh (greffe dermo-épidermique), donne une guérison rapide et une peau de beaucoup préférable au tissu de cicatrice habituel; mais il faut tenir compte de la difficulté que l'on rencontre quelquefois, dans l'étalement de ces greffes sur la surface ulcérée. De plus, il faut une désinfection préalable aussi complète que possible, sans cette précaution, il n'est pas rare d'avoir un échec complet.

Dolbeau réalise un certain progrès par son incision aux environs mêmes de l'ulcère, ce qui nécessite une désinfection minutieuse de la plaie et parfois très difficile, voire même impossible à réaliser; de plus, cette incision fait naître sur une peau, d'une vitalité déjà diminuée, un large tissu de cicatrice, qui devient le point de départ d'une récidive future.

Quant aux procédés qui s'attaquent directement aux

nerfs, ils sont peu employés et on en connaît mal les résultats.

Toutefois si le procédé de Chipaul (élongation des nerfs superficiels) s'adresse aux filets nerveux superficiels atteints de névrite et capables d'entretenir des troubles trophiques de la peau, on peut lui objecter que, du fait que l'on aura ramené la pression sanguine à la normale, au niveau des veines de la jambe, on aura bien supprimé cette cause de l'ulcère, mais seulement dans le territoire de la saphène interne.

Quant au procédé de Moreschi nous ne lui refusons dans bien des cas une influence heureuse sur les suites de l'opération; l'on peut dire, toutefois que, pour être efficaces, les incisions doivent atteindre toutes les veines importantes.

CHAPITRE III

METHODE ULTRA-COMBINANTE

Son mode d'action. — Technique

Voici en quoi consiste cette méthode :

On commence d'abord par anesthésier les régions sur lesquelles on doit opérer; à savoir :

1° Injection de 3 cc. de la solution de cocaïne à 1 p. 100 (méthode de Reclus), dans la cuisse, du niveau de l'embouchure de la veine saphène interne dans la veine fémorale, et on pratique une ligature sur la crosse après résection de la veine en faisant bien attention de ne laisser aucune collatérale entre la ligature et l'embouchure de la saphène. Il est indispensable de toujours commencer par ce temps, car toutes les fois qu'il y a ulcère variqueux, il y a varices superficielles ou profondes, et par conséquent, stases sanguines dans l'U veineux. Que le reflux veineux, au niveau de la crosse de la saphène, soit apparent ou non, il faut toujours en faire la résection, si l'on veut faire une opération logique, réunissant le plus de chances d'un bon résultat permanent.

2° Deux incisions circonférencielles de Moreschi, égale-

ment à la cocaïne à 1 p. 100, on injecte une dizaine de centimètres cubes tout autour de la jambe, au niveau de la jarretière. Au bout de dix minutes, cet anneau cocaïné permet de pratiquer les deux incisions de Moreschi, le malade ressent seulement une légère douleur pour l'incision susmalléolaire; l'incision supérieure de la jarretière est tout à fait indolore, car elle est pratiquée en territoire cocaïné. A la partie postérieure, au mollet, il faut sectionner l'aponévrose jusqu'au muscle, car, comme l'a bien démontré Farabœuf, le nerf saphène interne, son accessoire et la veine saphène externe, sont situés dans un dédoublement de l'aponévrose superficielle et le feuillet profond de ce dédoublement est tellement mince qu'on le coupe toujours, mais il faut éviter de sectionner les muscles.

A la section des veines, le sang s'échappe par les deux bouts de la section, phénomène qui prouve bien l'insuffisance valvulaire.

L'incision supérieure est complètement indolore.

Par elle on sectionne le nerf cutané péronier, la terminaison du petit sciatique, les saphènes interne et externe; quant à l'incision inférieure, elle est assez bien supportée par le malade et on n'aura pas besoin à ce niveau de pratiquer la bague de Reclus. Par cette incision, en arrière de la malléole interne, on découvrira les deux veines tibiales postérieures et si elles sont dilatées, on en pratiquera la ligature.

Il est toujours préférable qu'elles soient dilatées, insuffisantes ou non, de pratiquer cette ligature, on évitera ainsi la récidive toujours possible de l'ulcère; car les veines peuvent à la longue devenir insuffisantes et la stase veineuse provoquer l'apparition d'un nouvel ulcère variqueux.

Reste le traitement de l'ulcère proprement dit: il faut le

curetter le plus profondément possible, puis, pendant que l'aide fait une forte compression avec des tampons imbibés d'eau oxygénée, l'opérateur se charge de la greffe; pour cela, il injecte deux seringues de la même solution de cocaïne entre les deux crêtes iliaques et obtient ainsi l'anesthésie du fémoro-cutané qui passe dans cette région pour aller innerver la partie antéro-interne de la cuisse; au bout de quelques minutes, il prend les greffes pour les coller sur l'ulcère qui ne saigne plus.

Il est bien entendu qu'on peut abréger considérablement la durée de ces divers temps opératoires en procédant au début de l'opération:

1° A l'anesthésie de la région de la crosse et la saphène;

2° De la circonférence de la jarretière;

3° Du nerf fémoro-cutané; on peut alors, dans une dizaine de minutes, faire la ligature de la saphène, les deux incisions de Moreschi et l'application des greffes sur l'ulcère.

Première critique. — Le traitement chirurgical de l'ulcère variqueux a été combattu par les dermatologistes. Ils disent: les ulcères variqueux guérissent pour la plupart par le repos prolongé au lit; ceux qui ne guérissent pas par cette méthode ne peuvent guérir par aucun autre procédé. C'est précisément sur ces derniers, chroniques et rebelles, récidives ou non, creusés au milieu d'un tissu cicatriciel, fibreux, rétracté en anneaux, que le traitement chirurgical seul pourra agir.

Il est évident que s'il s'agit d'un ulcère récent développé sur une peau relativement saine, encore souple et bien nourrie, la guérison peut être obtenue assez rapidement par le repos au lit et l'emploi des substances kératoplastiques.

Deuxième critique. — La méthode ne s'attaque qu'aux veines superficielles; or, il arrive assez souvent que les veines profondes soient variqueuses, donc la stase veineuse qu'on croyait enrayée en sectionnant les veines superficielles n'en persiste pas moins, et l'ulcère sera destiné tôt ou tard à récidiver. Si à l'incision circonférentielle, on constate que les veines tibiales postérieures sont dilatées, variqueuses, on n'a qu'à les dénuder à la sonde cannelée et à les réséquer. Par principe, qu'elles soient variqueuses ou non, il faut toujours les sectionner pour plus de sécurité contre une récidive lointaine.

Troisième critique. — En faisant vos deux incisions circonférentielles de jambe, vous sectionnez tous les filets nerveux du nerf cutané péronier, du petit sciatique, de deux saphènes et leur accessoire; vous devez obtenir à brève échéance une abolition de la sensibilité du membre. A cet argument, nous répondrons victorieusement, non. La sensibilité n'est pas abolie, car les nerfs perforants assurent l'innervation de la peau et du tissu sous-cutané du segment du membre. Nous allons même plus loin et nous disons que la section de ces nerfs distrophiques malades, comme l'ont démontré Reclus et Quénu, donne au membre un regain de vitalité.

Dans nos « treize » observations, nous n'avons d'ailleurs jamais noté de troubles consécutifs de la sensibilité. Bien, au contraire, l'opération guérit rapidement les ulcères variqueux chroniques, rebelles à tout traitement médical; nos opérés ont vu leurs ulcères cicatriser en moyenne au bout de quinze jours. L'œdème du membre, qui était persistant, disparaît au bout d'un mois environ, juste le temps pour que le courant veineux puisse se rétablir par la voie d'autres canaux; les douleurs qui accompagnent la plupart

du temps les vieux ulcères (douleurs de névrite), sont également et comme par enchantement supprimées.

Les résultats éloignés sont excellents.

En résumé, les petits ulcères variqueux récents guérissent facilement par les pansements antiseptiques et le repos au lit. Ils ont d'ailleurs une tendance spontanée à la guérison.

Les ulcères variqueux chroniques remontent quelquefois à plusieurs années; ils sont étendus; ils font parfois le tour de la jambe, le fond bourgeonne très peu et sécrète une sanie grisâtre; les bords sont durs, scléreux et le surplombent. Ceux-ci rélèvent du traitement chirurgical.

OBSERVATIONS

Les observations que nous donnons ont été recueillies par le docteur Masini, ancien chef de clinique chirurgicale, dans le service de son maître, M. le professeur Imbert, ainsi que dans sa clientèle.

Observation Première

H. B..., journalier, 55 ans, porteur d'un ulcère variqueux au tiers inférieur de la face interne de la jambe gauche, depuis dix ans. Je lui fis, le 27 octobre 1906, l'opération de Moreschi, combinée avec la résection de la saphène à la crosse. Cet opéré quitte l'Hôtel-Dieu, le 1er décembre 1906, complètement guéri. Il a été revu en juillet 1909, et il ne présentait pas de récidive.

Observation II

R. L..., 54 ans, journalier, porteur depuis deux ans d'un ulcère variqueux au tiers inférieur de la face antéro-interne de la jambe gauche; nous avons affaire à un ulcère

très douloureux, suppurant abondamment. Le 4 décembre 1908, nous lui fîmes l'opération de Moreschi, avec ligature de la saphène à la crosse et au milieu de la cuisse. Le 20 décembre, c'est-à-dire, dix-huit jours après, guérison. Revu en juillet 1910, la guérison s'est maintenue.

Observation III

Une dame, 58 ans, ménagère, ulcère variqueux du tiers inférieur et externe de la jambe gauche, depuis 28 ans, ayant essayé tous les traitements palliatifs en usage. Lorsque nous l'avons vue, elle était dans l'impossibilité de marcher et gardait le lit; l'ulcère était très douloureux et était large comme la paume de la main. Cette malade ne présentait pas d'insuffisance valvulaire, comme d'autre part, elle refusait l'anesthésie générale, nous avons pratiqué uniquement l'opération de Moreschi à l'anesthésie locale à la cocaïne (bague de Reclus au niveau de la future incision supérieure au mollet). L'anesthésie a été complète pour les deux incisions. Opération le 24 septembre 1909. Guérison le 10 octobre, c'est-à-dire seize jours après. Revue en juillet 1910, pas de rechutes.

Observation IV

T. M..., 40 ans, cordonnier, est atteint d'un vieil ulcère qui avait cicatrisé et qui s'est réouvert à la suite d'un traumatisme. Admis à l'Hôtel-Dieu le 15 septembre 1909, soumis au traitement spécifique sans résultat. Il ne présentait

pas d'insuffisance valvulaire de la saphène. Le 7 décembre, incision circonférencielle juxta-aponévrotique de Moreschi à l'anesthésie locale. Dix jours après, l'ulcère était complètement cicatrisé. Cet opéré n'a pas été revu depuis sa sortie de l'Hôtel-Dieu.

Observation V

Mme M..., 32 ans, concierge, ulcère variqueux ancien, une bonne pièce de 5 francs au-dessus de la malléole interne gauche. Cet ulcère remonte à quatre ans. Traitement antisyphilitique n'a rien donné. Pas de varices apparentes. Opération le 10 janvier 1910. Anesthésie au kélène, procédé de Moreschi, incision supérieure haute; par l'incision basse, je découvre les veines tibiales et péronières postérieures qui sont dilatées et variqueuses. je les lie. Ligature de la saphène interne à la crosse. Curetage de l'ulcère et greffes. Guérison parfaite au bout de vingt jours. Cet ulcère variqueux était manifestement dû aux varices profondes. Revue le 20 septembre 1910 et le 1er juin 1911, pas de récidive.

Observation VI

B. F..., 40 ans. Porteur d'un ulcère variqueux depuis quatorze ans. Traitement médical sans résultat. En 1909, grattage et greffes. Guérison momentanée, puis rechute. Ulcère sur la face extérieure de la jambe gauche, volumineux

comme la paume de la main ; à la face interne, autre ulcère : 5 francs, profond, les bords sont à l'emporte-pièce. Varices volumineuses sur toute la cuisse et la jambe gauches. Opération le 18 janvier 1910. Résection de la saphène interne et de tous les paquets variqueux. Incision de Moreschi, grattage des ulcères et greffes. Le 24 janvier on fait le premier pansement ; les greffes ont bien tenu. Il a repris son métier de maréchal-ferrant ; revu le 15 septembre, pas de récidive.

Observation VII

J. Victor., 50 ans, journalier. Varices très anciennes ; ulcère variqueux depuis sept mois sur la partie moyenne de la jambe droite, étendu sur ses deux faces ; à bords décollés, fond atone, la peau est violacée tout autour. Opéré le 21 février 1910 ; incision de Moreschi, extirpation de quelques paquets variqueux et ligature de la saphène, greffes. Le 19 mars sort complètement guéri. N'a pas été revu.

Observation VIII

X..., 65 ans. Varices depuis sa première grossesse, remontant à 30 ans, ulcère sur jambe gauche depuis dix ans. Pansements. Repos, guérie, mais récidive au bout de quelques mois.

Ulcère gros comme une pièce de 5 francs sur la face inté-

rieure et inférieure de la jambe gauche, un deuxième ulcère à la face externe.

Opérée le 20 mars 1910. Moreschi; ligature de la saphène, grattage et greffes. Les greffes ayant pris incomplètement, la cicatrisation a été très longue à obtenir, malgré les pansements faits régulièrement et le repos au lit. Sortie guérie vers la fin avril.

Observation IX

M..., 78 ans, concierge. Varices très anciennes aux deux jambes. Il y a dix ans, ulcère variqueux sur la jambe gauche à son tiers inférieur, empiétant ses deux faces, bords irréguliers, peu profond; chacun des deux ulcères est gros comme une pièce de 5 francs. Cardiaque et diabétique. Refuse l'anesthésie générale, 1er août 1910. J'ai pensé faire l'opération à l'anesthésie locale, j'ai d'abord tracé au nitrate d'argent la ligne où devait siéger l'incision supérieure de Moreschi, puis j'ai fait à la cocaïne à 1 p. 100 une bague de Reclus à 1 centimètre au-dessus. Il fallait, d'autre part, prendre des greffes. J'ai fait deux piqûres avec la solution de cocaïne entre les deux crêtes iliaques antérieures sur le passage du nerf fémoro-cutané. Au bout de cinq minutes, je fais mes deux incisions de Moreschi, je gratte les deux ulcères, je prends une greffe à la face externe de la cuisse sans que la malade pousse la moindre plainte. Le 3 août, premier pansement, les greffes ont bien tenu; le 10 août, guérison complète.

Observation X

Louis S..., 65 ans, marin en retraite.

Souffre de sa jambe depuis quinze ans environ. Il y a dix ans a fait une chute et depuis est apparu un petit ulcère qui est allé en augmentant; situé d'abord à la partie antérieure du tiers moyen de la jambe, il a gagné progressivement la face interne puis la face externe, de sorte que lorsque je le vois, cet ulcère a les dimensions suivantes: 15 centimètres de long sur 7 centimètres de large. La jambe est hideuse, la plaie laisse dégager une odeur putride. Cet homme n'a jamais eu de syphilis. Il n'a jamais eu non plus de varices apparentes et pourtant bien avant l'apparition de l'ulcère, il souffrait de cette jambe gauche à la moindre marche, jamais de rhumatisme. Opération le 10 juillet 1910, Moreschi. Par l'incision inférieure je découvre les veines tibiales et péronières, elles sont nettement variqueuses, je les résèque sur une petite étendue. Grattage et greffes. Le tout à la cocaïne (bague supérieure de Reclus; anesthésie du fémoro-cutané).

Les greffes ont tenu incomplètement. Je fis des pansements à l'acide picrique; tous les deux jours, je cautérisais le bourgeon au nitrate. A la fin août, guérison parfaite. La marche qui était douloureuse (il boîtait), ne l'est plus du tout maintenant.

Observation XI

C. R..., colonel en retraite, 65 ans, atteint de varices assez douloureuses à la marche, depuis la campagne de 70. Il était porteur d'un ulcère variqueux au niveau du tiers moyen de la face antéro-externe de la jambe gauche depuis six ans. Soumis au traitement spécifique par différents spécialistes sans résultat aucun, a essayé tous les traitements palliatifs, les pommades, les poudres, la fulguration, la cure de repos au lit pendant un mois; de guerre lasse, il se décide à l'opération. Cardiaque avéré, il ne pouvait supporter l'anesthésie générale, je me décide à l'opérer à la stovaïne, j'insensibilise la région où je dois pratiquer l'incision circonférentielle, la région où je dois pratiquer la ligature de la crosse de la saphène (car il présentait une insuffisance valvulaire très accentuée), je pratique une injection entre les deux crêtes iliaques pour insensibiliser le fémoro-cutané (j'avais décidé de lui pratiquer une greffe d'Ollier-Thiersh), je puis aussi pratiquer à l'anesthésie locale et sans la moindre souffrance, l'incision double de Moreschi, au-dessus et au-dessous de l'ulcère qui était large comme une pièce de cent sous et par l'incision inférieure, j'ai lié deux troncs veineux profonds, dilatés; j'ai reséqué la saphène au niveau de la crosse, j'ai pris mon lambeau de greffe, à la région externe de la cuisse droite et j'ai appliqué sur l'ulcère préalablement curetté et nettoyé.

Opération pratiquée le 10 janvier 1911 et le 25 janvier le malade a quitté la maison de santé, complètement guéri.

Je l'ai revu le 20 février et le 1er juin, la guérison s'est maintenue.

Observation Inédite

Mme R..., 66 ans, ménagère, est atteinte de varices aux deux jambes depuis sa première grossesse, à l'âge de 26 ans. Il y a six ans, elle a fait une chute sur la jambe gauche, elle a eu une écorchure à la région antéro-externe de la jambe à son tiers inférieur. Cette plaie ne s'est jamais fermée, malgré des pansements quotidiens, une grande propreté et un repos assez bien suivi. Je vois cette malade le 10 janvier 1913. L'aspect clinique de l'ulcère présentait des caractères assez particuliers; bords serpigineux, légèrement taillés à l'emporte-pièce, le fonds de l'ulcère, gros comme une pièce de cinq francs est sanieux, la zone environnant l'ulcère est bronzée. La malade nie toute spécificité. Je la soumets néanmoins pendant un mois au traitement spécifique; pansements à l'emplâtre de Vigo, sirop de Gibert à l'intérieur et repos. Au bout de un mois de ce traitement, je ne constate aucune amélioration et je propose l'opération. Les jambes étaient variqueuses, les varices remontant jusqu'au dessus du genou; tout autour de l'ulcère de la jambe gauche, les veines étaient visiblement dilatées et thrombosées par endroits.

Je pratique l'opération le 1er mai 1913 et j'emploie une méthode ultra-combinante: 1° anesthésie à la cocaïne de la région de la crosse de la veine saphène interne, ligature et résection de la veine; 2° je passe ensuite aux deux incisions circonférentielles de Moreschi, après anesthésie préalable à la cocaïne; 3° enfin anesthésie du nerf fémoro-cu-

tané et prélèvement de greffes d'Ollier-Thiersh au niveau de la région antéro-externe de la cuisse gauche; grattage profond de l'ulcère, assèchement soigné de l'ulcère et greffes. Les pansements ont été faits au silke protectif, mais percé d'un grand nombre de trous et stérilisé par l'ébullition. Le silke appliqué directement sur la plaie, n'adhère pas, s'enlève avec une extrême facilité, sans décoller les greffes. Mais il faut qu'il soit perforé, sans cela, les sécrétions de l'ulcère s'accumulent dans le silke et les greffes se mortifient. Par dessus le silke ainsi perforé, j'applique une couche de gaze stérilisée et du coton. Les produits de sécrétions de la plaie sont ainsi absorbés au fur et à mesure. Au bout d'une quinzaine de jours, l'ulcère était complètement cicatrisé, les greffes avaient pleinement réussi. Revue, tout dernièrement (20 décembre 1913), cette malade demeure définitivement guérie.

CONCLUSIONS

Tous les ulcères variqueux n'ont probablement pas la même pathogénie ; les uns sont provoqués par des lésions surtout veineuses, les autres par des lésions surtout nerveuses.

Les petits ulcères récents peuvent être traités par un léger curettage, quelques pansements antiseptiques et par le repos au lit.

Les grands ulcères variqueux chroniques doivent être traités de préférence par les méthodes combinées, à savoir : méthode de Reclus (incision de la jarretière), ou de Dépage (ligature de la saphène interne à la crosse), en y joignant l'incision de Moreschi pour agir sur toutes les veines péri-ulcéreuses sus-jacentes.

De plus, il est prudent de conseiller au malade le port d'un bas élastique et à lacets.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Boyer (Philippe). — Rapport sur le traitement des ulcères variqueux dans les hôpitaux de l'Assistance publique, 1831.

Favre. — Traitement des ulcères variqueux. Archives générales de médecine, 1866.

Lafaye. — Traitement par la circonvallation. Thèse Paris, 1875.

Marcano. — Ulcères de jambe entretenus par les affections cardiaques. Progrès Méd., 1875, p. 28.

Le Dentu. — Système veineux du membre inférieur. Th. Paris, 1867.

Quénu. — Pathogénie des ulcères variqueux. Revue de Chir., 1882, p. 871.

Chevalier. — Incisions libératrices de l'ulcère. Thèse Paris, 1884-85.

Schreider. — Ulcères variqueux. Thèse Paris, 1885-86.

Gérard. — Ulcères variqueux. Thèse Paris, 1885-86.

Quénu. — Pathogénie des ulcères variqueux. Société de Chir., 1888, discussion.

Erdinger. — Traitement des ulcères par le massage. Th. Bordeaux, 1890.

Ahna. — Autoplastie pour ulcère variqueux. Société de Chir. de Berlin, 14 octobre 1890.

Beaudoin (M.). — Traitement des ulcères variqueux dans les hôpitaux de l'Assistance publique. Semaine Médicale, 23 décembre 1891.

Fournier. — Ulcères métatyphiques. Société de médecine, 1892.

Pétersen. — Jahrb. der Hamburger. Stadtkranken Anstalten. Bd. IV, cité par Grosmaire.

Moreschi. — Incision circonférentielle. Riforma Médica, 1894, p. 567.

Delore. — Congrès de Chirurgie, 1894.

Lyot. — Article ulcère. Traité de Le Dentu et Delbet.

Marquant. — Traitement des ulcères variqueux par les effluves. Thèse Lille, 1894.

Costos. — Traitement des ulcères variqueux. Thèse Lyon, 1895.

Schwartz. — Phlébite variqueuse. Presse Médicale, 1896, p. 57.

Laurent. — Traitement des ulcères variqueux par la chaleur. Thèse Paris, 1897.

Hallopeau. — Eruption bulleuse sur les cicatrices variqueuses. Semaine Méd., 1897, p. 165.

Bennet. — Thromboses variqueuses. Lancet, 1898.

O'Connor. — Résection totale des saphènes. New-York Made J., 1897, p. 596.

Garampazzi. — Traitement des ulcères variqueux. Riforma Médica, 1898, vol. 11, n° 16.

Vallis. — Traitement des ulcères variqueux. Soc. chimique de Londres, 1898.

Moreschi. — Traitement des ulcères variqueux. Clinica Chir., 1899, p. 98.

Giordano. — Traitement des ulcères variqueux. Gazetta degli Osped., 1899, p. 1600.

Arnold. — Traitement des ulcères variqueux par l'électricité. Thèse Paris, 1899.

Cailloue. — Traitement des ulcères par la résection veineuse et par excision large de la peau. Thèse Paris, 1899.

Lafond. — Grellety. Drainage de l'œdème. Semaine Méd., 12 juillet 1899, p. 240.

Trendelenburg. — Beitrage z. klin. Chire, 1900.

Tavecchi. — Traitement des ulcères variqueux. Gazetta degli Osped., 1900.

Della Rosa. — Traitement des varices. Rivista Vénéta, 1900.

Mariani. — Traitement des varices. Gazetta degli Osped, 1900, p. 1480.

Duplay. — Ulcères variqueux. Progès Méd., 1900, p. 401.

Rignier. — Traitement des ulcères variqueux par le massage. Thèse Paris, 1900.

Tavecchi. — Traitement des ulcères variqueux. Gazetta degli Osped, mars 1900, p. 338.

Silvy. — Ulcère variqueux traité par la dissociation du nerf sciatique. Thèse Paris, 1900.

Mariani. — Traitement des ulcères variqueux. Gazetta degli Osped, 1900, p. 1481.

Mauclaire. — Incision de Moreschi. J. de l'Association méd. mutuelle, décembre 1901, et th. Durand, 1902.

Maury. — Traitement ambulatoire des ulcères variqueux. Thèse Paris, 1902.

Sagot. — Phlébite variqueuse de la saphène et de ses branches. Thèse Paris, 1902.

Vinse. — Traitement des varices et ulcères. Soc. Chirurg. Belge, 1900.

Cisterni. — Traitement des ulcères variqueux. Clinica Chir., 1901.

Brault. — Traitement des ulcères variqueux. Soc. Chir., 1903, et Gazette des Hôpitaux, 4 août 1903.

Le Pipe. — Incision de Moreschi. Thèse Paris, 1905.

Viannay. — Traitement de l'ulcère variqueux. Rev. Chir., 1905.

Tessère. — Incision circulaire de cuisse pour ulcère var. Thèse Paris, 1905.

Vartavian. — Traitement ambulatoire des ulcères variqueux. Thèse Paris, 1907.

Wickam et Degrais. — Traitement des ulcères variqueux par la radiothérapie. Société de Dermatologie, 1907.

Bruas. — Traitement des ulcères variqueux par la méthode de Bier. Marseille Méd., 1907.

Trainz. — Traitement des ulcères variqueux. Il Policlinico, sept. 1909.

Pandolfini. — Traitement des ulcères variqueux. Il Policlinico, 1908, p. 384.

Longin. — Traitement ambulatoire des ulcères. V. Bourgogne Méd., 1909.

Couthon. — Traitement des ulcères variqueux. Thèse Paris, 1909.

Reclus. — Clinique de la Charité, 1909.

Mambriani. — Ligature de la veine poplitée. Clinica Chirurg., sept. 1909.

Richter. — Action de la lumière bleue sur les ulcères. Deut. Méd. Woch., 24 avril 1909.

Duvergey. — Thrombophlébite consécutive au coup de fouet. Gaz. hebd. Bordeaux, 1909, p. 553.

Katzenstein. — Enfouissement intra-musculaire de la saphène. Sem. Méd., 20 octobre 1909.

Moreau. — Saphénectomie totale. Soc. des Hôpitaux de Bruxelles, 8 janvier 1910.

Grunfeld. — Traitement ambulatoire des ulcères variqueux. Wiener klin. Woch., 1910, n° 15.

MARQUIS. — Traitement des ulcères variqueux par la chaleur. Thèse Paris, 1910.

LEPORE. — Traitement des ulcères variqueux par la chaleur. Thèse Paris, 1910.

STRAUSS. — Pansements des plaies avec la pommade rouge. R. Archives générales de Chir., 25 août 1910.

KENDIRDJY. — Ligatures de veines afférentes de la crosse de la saphène. La Clinique, 25 août 1910.

MAUCLAIRE. — XXV[e] Congrès de Chirurgie, Paris, 1910.

MASINI. — Traitement chirurgical de l'ulcère variqueux. Sud Médical, 15 juillet 1911.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 2 mars 1914
Le Recteur,
Ant BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 28 février 1914
Le Doyen
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!